

**UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO**

**RENATA RIBEIRO PEDRO**

**ANÁLISE DAS ALTERAÇÕES BUCAIS PRESENTES  
EM CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIAS DO PAIPE-USC**

**Bauru**

**2013**

**RENATA RIBEIRO PEDRO**

**ANÁLISE DAS ALTERAÇÕES BUCAIS PRESENTES  
EM CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIAS DO PAIPE-USC**

**Trabalho de conclusão de curso apresentado  
à Universidade do Sagrado Coração para obtenção  
do grau em Odontologia sob orientação da Profa. Dra.**

**Sara Nader Marta.**

**Bauru**

**2013**

P372a	<p>Pedro, Renata Ribeiro</p> <p>Análise das alterações bucais presentes em crianças com deficiência do PAIPE-USC / Renata Ribeiro Pedro -- 2013. 38f.</p> <p>Orientadora: Profa. Dra. Sara Nader Marta.</p> <p>Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade do Sagrado Coração – Bauru – SP.</p> <p>1. Alterações bucais. 2. Deficiência. 3. Odontologia. I. Marta, Sara Nader. II. Título.</p>
-------	---

**RENATA RIBEIRO PEDRO**

**ANÁLISE DAS ALTERAÇÕES BUCAIS PRESENTES EM CRIANÇAS  
COM DEFICIÊNCIAS DO PAIPE-USC**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade do Sagrado Coração como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia sob orientação da Profa. Dra. Sara Nader Marta.

Banca examinadora:

---

Profa. Dra. Sara Nader Marta  
Universidade Sagrado Coração

---

Profa. Ms. Regina Célia de Mello Soares Fraga  
Universidade Sagrado Coração

---

Profa. Dra. Solange de Oliveira Braga Franzolin  
Universidade Sagrado Coração

Bauru, 10 de Dezembro de 2013.

Dedico este trabalho à minha família, em especial meu pai Luiz da Silva Pedro ,  
mãe Maria Margareth Ribeiro Pedro e minha irmã Mayra, e a todos que  
contribuíram direta ou indiretamente em minha formação acadêmica.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos que contribuíram no decorrer desta jornada, em especial:

À Deus, quem fez eu superar as dificuldades encontradas no caminho e me ajudou em mais uma conquista ao concluir este trabalho.

À minha orientadora Profa. Dra. Sara Nader Marta que teve papel fundamental na elaboração deste trabalho, me dando todo apoio e ajuda, e por ter proporcionado conhecimentos necessários para diagnóstico e tratamento dos pacientes com maior destreza e carinho, fazendo com que eu me tornasse uma pessoa melhor.

Ao Prof. Dr. Rodrigo Ricci Vivan e amigo, por ter estado ao meu lado em todos os momentos que eu precisava, com seus ensinamentos, conselhos e amizade.

Às minhas amigas: Renata Artioli Moreira, Ludmila Botelho, Roberta Abiati e tantos outros que me ajudaram nos momentos difíceis e alegres, que compartilharam comigo seus conhecimentos, sendo eles fundamentais para meu crescimento pessoal.

Às funcionárias da universidade: Vanilza, Celinha, Rosa, Cida e outras, sempre me ajudando e tratando com muito carinho e amizade, sendo elas também fundamentais para meu desempenho na graduação.

À todos aqueles que de alguma forma contribuíram ou torceram pela concretização desta pesquisa.

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar as alterações bucais presentes em crianças com deficiências matriculadas no PAIPE-USC. Para tanto foi realizada uma análise retrospectiva dos registros existentes nos prontuários buscando identificar o tipo de deficiência, a presença de alterações bucais e o uso de medicamentos de rotina. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e os resultados mostraram que os pacientes com paralisia cerebral e deficiência mental foram os que mais apresentaram alterações bucais como cárie e doença periodontal. Do total de prontuários examinados, 67% apresentaram a necessidade de intervenção odontológica curativa/preventiva. Concluiu-se que é alta a incidência de alterações bucais, principalmente, cárie e doença periodontal, avaliada pelo percentual de tratamento curativo/preventivo realizado na amostra de prontuários de pacientes estudada, sinalizando para a necessidade da realização de programas preventivo-educativos para esses pacientes e seus responsáveis.

Unitermos: Alterações bucais, deficiências, odontologia

## **ABSTRACT**

This study has the sole purpose to analyze the oral abnormalities present in children with disabilities enrolled in PAIPE-USC. Therefore, we performed a retrospective analysis of each patient dental record in order to identify the type of disability, the presence of oral diseases and medications routine. The data was analyzed using descriptive statistics and the results showed that patients with cerebral palsy and mental retardation presented the most teeth decay and periodontal disease. However, 67% of the sample showed the need for dental intervention, such as curative / preventive treatment. It was concluded that there is a high incidence of oral disease, especially periodontal disease caused by teeth decay, as measured by the percentage of curative / preventive treatment done, registered on the dental records of the patients in question, indicating the necessity of a preventive-educational programs for these patients and their parents.

**Keywords:** Oral alterations, disability, dentistry

## LISTA DE FIGURAS

Quadro 1-Relação deficiência entre uso de medicamentos, tratamentos preventivos ,tratamentos curativos/ preventivos.....	25
---	----

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	9
REVISÃO DE LITERATURA .....	12
OBJETIVOS .....	22
METODOLOGIA.....	23
RESULTADOS .....	24
DISCUSSÃO .....	26
CONCLUSÃO.....	32
REFERÊNCIAS.....	33
ANEXOS.....	35

## INTRODUÇÃO

Os indivíduos com deficiência são mencionados na história há muitos séculos, e a conduta era muito diferente da atual. Na primeira metade do século XX, profissionais da área da saúde, incluindo o cirurgião-dentista, começaram a se dedicar ao atendimento a esse grupo de pacientes, denominado naquela época de “pacientes excepcionais”, que eram os indivíduos com níveis variados de comprometimento intelectual e físico. No decorrer dos anos, a terminologia “paciente excepcional” foi substituída por “paciente especial”, por ser esta mais abrangente e englobar as outras alterações além de deficiência mental e física (SANTOS, SABBAGH- HADDAD, 2003). Não obstante tantas conceituações ou designações para a questão deficiência, aquela que mais adequada é justamente a adotada nos dias de hoje, após a ratificação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, qual seja, *pessoa com deficiência*, justamente porque sobrepõe, antes mesmo de deficiência, o termo pessoa.

Sob o aspecto prático, a definição foi dada pela Assembléia Geral da ONU, na data de 09/12/1975, por meio da resolução n. 3.447 que estabelece como deficiente:

*(...) qualquer pessoa incapaz de assegurar por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida individual ou social normal, em decorrência de uma deficiência, congênita ou não, em suas capacidades físicas ou mentais.*

A Convenção de Guatemala estabeleceu no art.1º que traz:

*O termo deficiência significa uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social.*

Já a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada a pouco pelo Brasil, define em seu art. 1º (propósito) que:

*Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.*

Do ponto de vista médico, pacientes com deficiências podem ser classificados de acordo com: deficiência mental, deficiência física, anomalias congênitas, distúrbios comportamentais, transtornos psiquiátricos, distúrbios sensoriais e de comunicação, doenças sistêmicas crônicas, doenças infectocontagiosas e condição sistêmica.

Com relação à deficiência mental a Associação Americana de Psiquiatria descreve no DSM.IV (Classificação de doenças mentais) que a característica essencial do Retardo Mental é quando o indivíduo apresenta um “funcionamento intelectual significativamente inferior à média (Quociente de

Inteligência -QI- menor ou igual a 70), acompanhado de limitações significativas no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, auto-cuidados, vida doméstica, habilidades sociais, relacionamento interpessoal, uso de recursos comunitários, auto-suficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança”. Essa definição de Deficiência Mental é também adotada pela Associação Americana de Deficiência Mental (AAMR).

A presença do indivíduo com quaisquer deficiências tem sido rotineira nos consultórios odontológicos e devido à complexidade nas alterações sistêmicas que podem apresentar é fundamental a integração do cirurgião-dentista com médicos ou com uma equipe multiprofissional que cuida desse paciente. Para que essa relação seja harmoniosa e benéfica ao paciente, é necessário que o profissional esteja preparado, com embasamento teórico e prático no tangente ao perfeito conhecimento da fisiopatologia, do caso em questão. O protocolo de tratamento para esses pacientes que necessitam de cuidados especiais deve ser individualizado para cada tipo de doença, de forma a realizar tratamentos preventivos e curativos.

Nesse contexto o conhecimento das alterações bucais mais comuns presentes nos pacientes matriculados no Programa de Assistência Integral ao Paciente Especial da Universidade do Sagrado Coração, PAIPE-USC, torna-se importante, o que poderá contribuir para a definição de protocolos de tratamento.

## REVISÃO DE LITERATURA

O indivíduo com deficiência apresenta inúmeros problemas decorrentes de diferentes bases etiológicas com uma riqueza semiológica envolvida com probabilidade de ocorrência de distúrbios da comunicação, locomoção e sentido, que interferem de maneira substancial no seu desenvolvimento além dos constantes problemas de ordem médica e odontológica, comprometendo, sobremaneira, seu bem estar; sendo premente a atuação de uma equipe multiprofissional integrada e especializada para que o sucesso no tratamento seja conseguido. Desta forma, para a compreensão do paciente com necessidades especiais é importante o conhecimento sobre o tipo e localização da doença que apresenta, se esta doença o incapacita temporária ou definitivamente e ainda se há alteração da forma, função ou da sua maneira de pensar/sentir (VARELLIS, 2005).

Do ponto de vista odontológico, o comprometimento sistêmico que acomete o paciente com deficiência, bem como as características bucais peculiares a alguns agravos, exige do cirurgião dentista o conhecimento do conceito e classificação das deficiências para que estabeleça um plano de tratamento com abrangência educativa-preventiva-restauradora culminando com o êxito do mesmo.

A preocupação com as possíveis diferenças na prevalência de alterações bucais foi objeto do estudo de Stabholz et al.(1991) que avaliaram a prevalência de cárie dentária e doença periodontal em três grupos de crianças pré-adolescentes, com idade e sexo semelhantes, sendo um grupo

com 32 crianças com Síndrome de Down, o segundo grupo composto por 19 crianças com deficiência mental e o terceiro com 30 crianças normais. Os resultados mostraram que as crianças com Síndrome de Down tiveram o índice de cárie significativamente menor quando comparados aos outros dois grupos e a necessidade de tratamento periodontal foi maior para o grupo de deficientes mentais.

Outras alterações foram evidenciadas, em 2002, por Aguiar et al. que realizaram um estudo com indivíduos com Síndrome de Down, analisando 129 línguas dos pacientes, de ambos os sexos e com idades variando de um a 48 anos, matriculados em um centro de assistência especial odontológica. Os resultados mostraram que tanto a macroglossia quanto a língua geográfica não foram considerados como característica da Síndrome de Down, com os percentuais de 13,17% e 13,95%, respectivamente, sendo que a língua fissurada foi a alteração mais encontrada com 38,75%, porém sua incidência não demonstrou ser muito superior às condições de normalidade que exibiu porcentagem 34,13%.

Em 2003, Sabbagh-Haddad et al. destacaram outras características de importância odontológica como o hipodesenvolvimento do terço médio da face, palato duro menor e em forma de ogiva e hipotonia lingual. Outras alterações como hipodontia, oligodontia, geminação, fusão e hipocacificação também são achados comuns nesses pacientes. Além disso, destaca-se alta susceptibilidade a problemas periodontais, relacionados a alterações no sistema imunológico e baixa prevalência de cárie, provavelmente pelo aumento

da capacidade tampão da saliva e a presença de bruxismo. (SABBAG-HADDAD et al., 2007). Ainda, para esses autores a cárie e a doença periodontal são os principais agravos bucais das pessoas com deficiência mental, devido às suas condições precárias de higiene bucal atribuída à falta de colaboração do paciente e/ou cuidador, por diversas razões dentre as quais a falta de conhecimento sobre o assunto.

Tadei et al.(2007), analisaram a associação da doença periodontal em pacientes com Síndrome de Down com várias anomalias crânio-faciais, uma vez que esta síndrome tem maior prevalência da doença periodontal comparada com pessoas normais. Citaram dentre os fatores etiológicos a placa bacteriana, cálculo e má oclusão e principalmente deficiências no sistema imune.

Em um estudo realizado por Soares et al., 2009, sobre prevalência de maloclusão em indivíduos com Síndrome de Down, foram analisados 57 pacientes de instituições para pessoas com deficiências, através de exame clínico, marcando a presença/ausência de mordida aberta anterior e mordida cruzada anterior e posterior, com o objetivo de avaliar a prevalência de maloclusão. Os resultados mostraram que a maloclusão classe III de Angle foi a mais prevalente, sendo que as mordidas aberta e cruzada anterior tiveram baixa prevalência, não tendo diferença na prevalência de mordida cruzada posterior.

A paralisia cerebral (PC) é outro agravo muito comum dentre as deficiências e por isso tem sido alvo de muitos estudos. A PC é uma doença

não progressiva decorrente de lesão no sistema nervoso central, levando a um comprometimento motor do paciente (SABBAG-HADDAD et al. 2007).

Sua etiologia é multifatorial, ou seja, pode ocorrer devido a fatores pré-natais, perinatais e pós-natais (KUBAN, LEVITON, 1994), destacando-se:

Genéticos - responsáveis por paraplegias espásticas, atetose generalizada e ataxia cerebelar e corresponde a menos de 5% dos casos;

Pré-natais - as mais comuns são: toxemias gravídicas - infecções (ex. rubéola, toxoplasmose), exposição à radiação, anoxia intra-uterina, eclâmpsia, hemorragias com ameaça de aborto, má posição do cordão umbilical, tóxicas (medicamentos, drogas), metabólicas (diabetes, desnutrição); responsáveis por 10 a 15% dos casos.

Perinatais - as mais freqüentes são: Asfixia (anoxia ou hipóxia), hemorragia intracraniana, prematuridade e baixo peso, icterícia grave, infecção pelo canal do parto, parto distócico.

Pós-natais - as mais freqüentes são: traumatismos crânio-encefálicos, processos vasculares, meningencefalites bacterianas e virais, síndromes epiléticas (West e Lennox-Gastaut); responsáveis por 10 a 15% dos casos.

Vários estudos epidemiológicos realizados em países desenvolvidos apontam a ocorrência de PC variando de 1,5 a 5,9/1000. No Brasil estima-se que esta proporção seja bem mais elevada uma vez que esta não é uma doença de notificação compulsória e agravado pelos altos índices de mortalidade infantil (que reduz o número da PC) e pelas condições de assistência pré e perinatal serem satisfatórias a pequena parcela da população. À medida que este índice se reduz a morbidade relativa à paralisia cerebral tende a aumentar.

A paralisia cerebral pode ser classificada, didaticamente, de acordo com as características semiológicas dominantes, os quadros clínicos podem ser subdivididos em três formas principais: espástica (75%), atetósica (18%) e atáxica (1a 2%), podendo ocorrer também as formas mistas.

As manifestações mais comuns da paralisia cerebral podem ser as deficiências sensoriais, convulsões e contrações das articulações, além da associação com a deficiência mental. Já em relação a cavidade bucal os achados mais comuns são doença periodontal, cáries dentárias, traumatismos, hipoplasia de esmalte, maloclusão, bruxismo e respiração bucal.(GUEDES-PINTO et al. 2008).

Estudos sugerem que haja uma alta suscetibilidade a cárie dentária em crianças que apresentem distúrbio motor, especialmente em crianças com paralisia cerebral, já a presença de maloclusão está relacionada com distúrbios neuromusculares e de fonação como deglutição inadequada, mastigação e respiração (SABBAG-HADDAD et al 2007).

Em estudo realizado, em 2009, por Carvalho, foi analisada a associação entre o tipo de paralisia cerebral e da função motora oral (FMO) sobre hábitos de higiene e condições bucais de crianças e adolescentes com paralisia cerebral. A amostra foi composta de 52 crianças onde foi realizado o exame clínico intra-bucal. A maioria dos pacientes analisados apresentou disfunção motora oral de moderada a severa. O tipo de paralisia cerebral e a função motora oral não influenciaram os índices de placa e cárie sendo que o aumento na frequência de escovação resultou em melhoria no índice de higiene oral.

Em 2009, foi realizado um estudo por Camargo para determinar a incidência de cárie relacionada a fatores sócio-demográficos, clínicos e comportamentais em pacientes com paralisia cerebral por um período de 4 anos. Foi realizado o exame bucal em 118 crianças e concluiu-se que a incidência de cárie foi relativamente alta, sendo que a frequência elevada de açúcar ingerido foi identificada como fator comportamental associado à tendência de cárie.

Um estudo realizado por Amaral et al., 2010 objetivou investigar a prevalência de bruxismo e avaliar a saúde bucal em pacientes com paralisia cerebral por meio de anamnese e exame clínico. Observou-se as características do sistema estomatognático em uma amostra composta por 27 pacientes. Os resultados encontrados foram: uso de medicamentos anticonvulsivantes por 81,5%, sendo que destes 66,6% já estavam com quadro convulsivo controlado, maloclusão presente em 88,8 %, hipoplasia em 29,6% e bruxismo 74,7% dos pacientes estudados.

Em 2011, Arruda et al. avaliaram a condição dentária e periodontal de 53 pacientes com paralisia cerebral, correlacionando os tipos de microorganismos bucais encontrados nesses pacientes. Foram realizados os índices CPO-D e ceo-d, para avaliar a cárie dentária e PSR para avaliar a doença periodontal, além de dados socioeconômicos e ambientais. Os pacientes foram divididos em 3 grupos de acordo com a faixa etária. Observou-se a ocorrência das principais espécies microbianas periodontopatogênicas, tanto nos biofilmes sub

e supra gengivais quanto na saliva, em pacientes com sinais de inflamação gengival e doença periodontal nos diferentes sítios estudados.

Dentre os desvios psíquicos/comportamentais, que podem ser definidos como alterações na estrutura da personalidade (VARELLIS, 2005), será abordado a seguir alguns aspectos sobre o autismo e a esquizofrenia.

Hipocrates era da opinião que o cérebro seria um órgão de vida intelectual e conseqüentemente se trataria de uma forma patológica do cérebro quando o pensamento e comportamento de uma pessoa fossem anormais, já Benjamim Rush, no século XVIII, sendo considerado o pai da psiquiatria americana, defendia que o distúrbio seria causado por um excesso de sangue no cérebro, conseqüentemente seu tratamento preferido consistia em tirar quantidades grandes de sangue de uma pessoa "imbecil", ou ainda achava que muitos "loucos" poderiam ser curados à medida que levassem um susto. (FOURNIOL FILHO, 1998).

Autismo ou "transtornos invasivos do desenvolvimento" é definido com um distúrbio de desenvolvimento comportamental complexo com etiologias múltiplas e graus variados de severidade; manifesta-se nos 3 primeiros anos de vida de maneira grave, persistindo até a vida adulta. (SABBAG-HADDAD, 2007).

A expressão "autismo" foi utilizada pela primeira vez por Bleuler em 1911, para designar a perda do contato com a realidade que ocasionava dificuldade ou impossibilidade de comunicação. É o terceiro distúrbio de desenvolvimento mais prevalente, sendo verificado em torno de 40 a 130

indivíduos afetados a cada 100.000 nascidos vivos, com predileção no sexo masculino (4/1).

A etiologia do autismo é ainda indefinida, sendo que pode estar relacionado a causas genéticas, predisposição familiar, hipóxia, injúrias cerebrais (SABBAG-HADDAD,2007).

As manifestações comportamentais que definem o autismo incluem “déficits” qualitativos na interação social e na comunicação, padrões de comportamento repetitivos e estereotipados e restrição de interesses e atividades. As dificuldades na interação social podem manifestar-se como isolamento ou comportamento social impróprio; pobre contato visual; dificuldade em participar de atividades em grupo; indiferença afetiva; falta de empatia social ou emocional.

À medida que esses indivíduos entram na idade adulta, há uma melhora do isolamento social. O diagnóstico de autismo e dos distúrbios relacionados a ele depende da avaliação clínica de uma equipe multidisciplinar e o uso de escalas objetivas como a Childhood Autism Rating Scale (CARS).

Assim como para o diagnóstico, o manejo de autistas por profissionais da Odontologia requer intervenção interdisciplinar, uma vez que os “déficits” sociais e cognitivos e os problemas comportamentais são preocupantes, pois interferem na integração dos pacientes no consultório odontológico (ELIAS 1993; BACKMAN et al. 1999). Além disso, muitos deles fazem uso de medicamentos neurolépticos e antipsicóticos e é importante avaliar o risco de ocorrerem convulsões durante o atendimento.

O prognóstico do autismo é variável e está relacionado ao seu nível de habilidades, demonstrado em testes cognitivos e de linguagem. Sendo assim, o entendimento do autismo pelos cirurgiões-dentistas pode favorecer o manejo mais adequado dos pacientes com esta patologia durante o tratamento odontológico (ELIAS 1993; BACKMAN et al. 1999, SABBAG-HADDAD, 2007).

A esquizofrenia é uma doença mental crônica e incapacitante, que se manifesta na adolescência ou no início da idade adulta. Considerada o mais grave dos distúrbios mentais, é a principal causa de internações psiquiátricas e atinge 1% da população, sem distinção de sexo ou etnia, porém com início mais precoce nos homens (SABBAG-HADDAD, 2007).

O termo esquizofrenia foi introduzido por Bleuler e significa “mente dividida” ou “fenda na mente” e tem como sintomas típicos os enganos, as alucinações, desordem de pensamentos e ausência de respostas emotivas aliadas aos fatores genéticos e tensões ambientais. As formas mais conhecidas desta patologia são: simples, hebefrênica ou desorganizada, esquizofrenia catatônica, paranóide e residual. (VARELLIS, 2005).

O tratamento da esquizofrenia é feito com psicóticos que atenuam os sintomas e controlam as crises, mas não restabelecem o estado psíquico do paciente. Além do tratamento medicamentoso, é importante a reabilitação psicossocial com terapias comportamentais e orientações à família. A realização do tratamento odontológico é uma abordagem criteriosa uma vez que o paciente pode apresentar reagudização do surto durante o atendimento (VARELLIS, 2005; SABBAG-HADDAD, 2007).

Com foco em conhecer o interesse pelo tratamento odontológico, Previtali et al.(2012) realizaram um estudo descritivo e retrospectivo com análise de 628 prontuários de pacientes com necessidades especiais em uma instituição privada de ensino superior. Os dados abordados foram: sexo, idade, diagnóstico médico, motivo de consulta, uso contínuo de fármacos psicotrópicos, radiografias e tratamentos já realizados e duração de tratamento na clínica. Conclui-se que mulheres com deficiência física em todas as idades e homens com doenças sistêmicas crônicas com idade superior a 40 anos foram os que buscaram por tratamento odontológico restaurador.

**OBJETIVO**

O objetivo deste estudo foi o de analisar as alterações bucais, a partir dos dados registrados em prontuários, dos pacientes com deficiência de zero a doze anos, em atendimento na clínica do PAIPE – USC.

## **METODOLOGIA**

Foram analisados 96 prontuários dos pacientes de zero a 12 anos, matriculados no PAIPE, maio a outubro 2013, provenientes de Bauru e vários municípios da região como – Avaí, Bariri, Brotas, C. César, Cesário Lange, Dois Córregos, Itapuí, Jaci, Jaú, Lençóis Paulista, Lins, Mineiros do Tietê, Pirajuí, Piratininga, São Manuel, Torrinha, institucionalizados ou não. Foram observadas quais as deficiências, medicamentos em uso e alterações bucais registradas.

Para o levantamento não foi considerado sexo ou raça dos pacientes, mas apenas os dados relativos à deficiência, obtidos e registrados nos prontuários a partir da ficha de anamnese e dos registros dos procedimentos realizados. As anotações foram feitas obedecendo aos critérios de tratamentos realizados sendo consideradas as categorias tratamentos curativo/preventivos, quando foi necessária a realização de tratamentos cirúrgicos/restauradores/profilaxia e tratamentos preventivos para orientações e profilaxia. Os tratamentos tabulados formam os realizados desde a matrícula do paciente no programa até o dia da avaliação do prontuário.

Esse estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sagrado Coração, protocolo 439.630.

Os dados foram tabulados para análise foi realizada por meio de estatística descritiva.

## RESULTADOS

O Quadro 1 mostra os resultados encontrados, onde observou-se que os grupos mais expressivos foram os pacientes com Paralisia Cerebral, Síndrome de Down e Deficiência Mental. Os demais agravos encontrados foram em número pouco expressivo para a faixa etária estudada. Observou-se que foi necessária maior intervenção odontológica nos pacientes acometidos por paralisia cerebral e deficiência mental, além disso, esse grupo foi o que mais faz uso de medicamentos de rotina, dentre os quais destacam-se os anticonvulsivos e ansiolíticos.

DEFICIÊNCIA	NÚMERO	USO DE MEDICAMENTOS	TRATAMENTO PREVENTIVO	TRATAMENTO CURATIVO/ PREVENTIVO
Síndrome de Down	17	6	4	4
Paralisia Cerebral	32	22	4	28
Microcefalia	2	2	0	2
Autista	3	1	1	2
Deficiência mental	15	9	5	11
Acondroplasia (nanismo)	1	0	1	0
Esquizofrenia	1	1	0	1
AVC	1	1	0	1
Síndrome Mitocondrial	1	1	0	1
Hidrocefalia	2	2	0	2
Síndrome de West	2	2	0	2
Síndrome de Hunter	1	0	0	1
Síndrome de Algelman	1	1	0	1
Problemas cardíacos	4	3	0	4
Síndrome Cornélio de Lange	2	1	0	2
Diabético	1	1	0	1
Retardo de fala	1	1	0	1
Síndrome de Aivard	1	1	0	1
Hiperatividade	2	2	1	1
Epilepsia	2	2	2	0
Síndrome de Opitz-Frias	1	1	0	1
Síndrome de Noonam	1	1	1	0
Síndrome não definida	1	1	1	0
TOTAL	95	62	20	67

Quadro 1: Distribuição das deficiências, uso de medicamentos e tratamentos odontológicos realizados

## **DISCUSSÃO**

As deficiências, de uma maneira geral, envolvem um universo amplo e complexo e sua classificação está contemplada na Classificação Internacional das Doenças (CID) e mais recentemente com a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), que oferece parâmetros sobre a doença e da funcionalidade.

O diagnóstico do paciente traz ao profissional o conhecimento das seqüelas da doença de base, das suas limitações físicas e/ou mental levando-o a fazer a adequação do tratamento. Neste sentido, a metodologia proposta neste estudo foi conhecer as principais alterações bucais do paciente com deficiência, de zero a 12 anos, do PAIPE-USC, buscando relacioná-las com os medicamentos em uso e com as necessidades presentes, avaliadas por meio dos tratamentos já realizados e registrados.

Os resultados desta análise, para a faixa etária avaliada, mostraram a prevalência de Paralisa Cerebral (33,33%), seguida de Síndrome de Down (17,7%) e Deficiência Mental (11,6%). Enfatiza-se, contudo, que a deficiência mental acompanhou a maioria dos outros agravos, porém, nesse estudo utilizou-se o diagnóstico principal emitido pelos neurologistas ou serviços médicos que já prestavam atendimento à criança. É importante salientar esse fato, uma vez que o grau de comprometimento mental pode ser um limitante para o desenvolvimento das ações para higiene pessoal (como a realização da higiene bucal) pelo próprio paciente ou por seu cuidador. (CARVALHO R.B,

2009). Os demais agravos que compuseram a amostra foram em número muito baixo e, portanto, não serão alvo de análises mais detalhadas pela pouca expressividade na representação da deficiência.

Com relação o uso de medicamentos de rotina, verificou-se que o grupo com paralisia cerebral é o que mais faz uso de medicamentos (22,9%) seguido dos pacientes com deficiência mental (9,4%). Destaca-se que entre os medicamentos mais utilizados estão os anticonvulsivos e ansiolíticos. Verificou-se também que estes grupos foram os que mais necessitaram de tratamento odontológico curativo/preventivo, sendo 29,2% para os pacientes com paralisia cerebral e 11,6% para aqueles com deficiência mental. Esses resultados corroboram com os resultados de Camargo, 2009, que encontrou um alto índice de cárie em pacientes com paralisia cerebral.

A paralisia cerebral foi o agravo mais comum presente nessa amostra estudada (Quadro 1), pode estar ligada a vários fatores predisponentes como anoxia cerebral causada pela demora no parto, acidentes automobilísticos levando a traumatismos crâniocefálicos. Conceitualmente, a paralisia cerebral tem sido descrita como uma série de distúrbios neurológicos de caráter não progressivo, onde estão presentes alterações motoras e de postura, como resultantes de agressão ao sistema nervoso central (SABBAG-HADDAD et al., 2007), podendo estar ou não associada à deficiência mental.

Os resultados desse estudo mostraram que nos indivíduos com paralisia cerebral houve maior necessidade de tratamento odontológico curativo/preventivo (29,2%), com ênfase para tratamentos dentários

cirúrgico/restauradores e periodontal . Isso pode ser em decorrência de que na maioria das vezes, essas pessoas são totalmente dependentes de uma segunda pessoa para realização de suas necessidades pessoais básicas, e nisso se inclui os cuidados com a higienização da cavidade bucal (escovação, uso de fio dental) que quando negligenciados determinam um aumento na incidência desses agravos. Esses resultados estão em consonância com os resultados encontrados por Camargo (2009).

Salienta-se, contudo, que essas condições podem ser consideravelmente melhoradas com a implementação de programas preventivos com foco na cárie dentária e doença periodontal, que incluem além do treinamento de escovação , a conscientização, motivação e aplicação de técnicas alternativas (para o manejo adequado do paciente), com envolvimento dos seus responsáveis, em virtude do comprometimento motor que é peculiar na paralisia cerebral.

Dentre as síndromes presentes no PAIPE – USC, a síndrome de Down foi a mais prevalente (Quadro 1), isso faz com que suas características devam ser bem conhecidas do cirurgião dentista. A importância do ponto de vista odontológico para pacientes com síndrome de Down é que, além de alterações sistêmicas, este apresenta alterações bucais consideráveis como maxila atrésica, palato profundo e ogival, atraso na erupção dentária, agenesia dentária e microdontia também são achados comuns nesses pacientes. O baixo índice de cárie dentária comum nesses pacientes pode estar relacionado ao aumento da capacidade tampão da saliva e a tendência de muitos desses

pacientes ao bruxismo, porém com maior predisposição a ter a doença periodontal. (SABBAG-HADDAD, et al., 2003, 2007). Isso pode ser comprovado nesse estudo onde apenas 4 pacientes (4%), apresentaram necessidade de tratamento curativo/preventivo, os demais apenas de orientações e tratamento preventivo.

A deficiência mental isolada também apresentou resultado importante com relação à necessidade de tratamento odontológico nesse estudo correspondendo a 11,5% do total de prontuários avaliados (Quadro 1). Esse resultado pode ser atribuído às características desse agravo que quanto mais severo determina um grau de dependência mais acentuado dos pacientes. O estudo realizado por Stabhoz et al em 1991 mostrou maior necessidade de abordagem periodontal para esse grupo de pacientes, evidenciando a necessidade de se implementar efetivamente a rotina de higiene bucal satisfatória quer seja pelo próprio paciente, quando o grau de deficiência permitir, ou por seus cuidadores. Vale salientar novamente que a deficiência mental pode estar associada a outros agravos como na Síndrome de Down, paralisia cerebral, entre outros, podendo ser o fator determinante para o tipo de abordagem ao paciente, uma vez que quanto mais severa compromete a capacidade cognitiva do indivíduo. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE DEFICIÊNCIA MENTAL, 1994).

Dentre as doenças psiquiátricas, com distúrbios de comportamento, o autismo e a esquizofrenia são de relevância para o tratamento odontológico e foram representadas na amostra estudada.

Neste estudo o autismo acometeu 3% dos pacientes, na faixa etária estudada, sendo que dos três pacientes presentes dois apresentaram necessidade de tratamento curativo/preventivo. Em concordância com os achados na literatura (BACKMAN, 1999, HADDAD, 2007), o quadro clínico que pode apresentar graus variados de severidade pode levar a decisão pelo tipo de abordagem, ambulatorial ou hospitalar. Se ambulatorial requer uma aproximação cuidadosa, pois estes pacientes reagem exageradamente a estímulos sensoriais, usando o controle de voz, a técnica de falar-mostrar-fazer com estabelecimento de um ritual de procedimentos.

A esquizofrenia não é comum na faixa etária desse estudo, porém foi diagnosticada em um paciente da amostra estudada (1%). Este distúrbio que leva o seu portador a perder o contato com a realidade, podendo apresentar quadros de alucinações, mania de perseguição, delírios, baixa auto-estima, entre outros, faz com que o paciente apresente um pobre padrão de higiene bucal. (VARELLIS, 2005; SABBAG-HADDAD, 2007), sendo que a decisão de tratamento odontológico ambulatorial ou hospitalar é dependente do grau de comprometimento do paciente e do controle medicamentoso da doença com psicóticos.

Pelo exposto fica evidente que a competência de tratamento sistêmico das deficiências não é do cirurgião-dentista, porém cabe ao mesmo entender que para a realização dos procedimentos odontológicos há necessidade do reconhecimento dos desajustes presentes nas diversas patologias entendendo. Assim, o paciente com deficiência requer cuidados de uma equipe multiprofissional para que se possa garantir o sucesso e segurança no tratamento.

O número de pacientes que necessitaram de intervenção odontológica curativo/preventiva foi de 67 (70%) da amostra estudada. Este alto percentual faz com que os cirurgiões-dentistas fiquem atentos às necessidades acumuladas dessa fatia da população, que ainda não consegue ter o Direito à Saúde, garantido pela Constituição, preservado.

## **CONCLUSÃO**

Os resultados desse estudo permitiram concluir que foi alta a incidência de alterações bucais, principalmente, cárie e doença periodontal, nos pacientes com deficiência em especial aqueles com paralisia cerebral, deficiência mental e Síndrome de Down.

## REFERENCIAS

AGUIAR S.M.H.C.A. et al. Características clínicas da língua de portadores da Síndrome de Down. **Rev. Odontológica de Araçatuba**, v. 23, n.1, p24-27, Jan/Jul, 2002

AMARAL C.O.F.; CHAGAS J.T.; RODRIGUES L.C. Estudo da prevalência de bruxismo e avaliação dessaúde bucal em pacientes com paralisia cerebral. **Colloquium Vitae**, v.2, n.1, p.41-48, Jan/jun. 2010

ARRUDA M.C.V. **Condições bucais de pacientes com paralisia cerebral:** aspectos clínico e microbiológicos. Dissertação ( Mestrado em Ciência Odontológica). Universidade Estadual “ Júlio de Mesquita Filho”, Araçatuba-SP, 2011

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE DEFICIÊNCIA MENTAL, 1994

BACKMAN, B.; PILEBRO, C. Visual pedagogy in dentistry for children whit autism. **J. Dent Child.**, v. 66, n.5, p.325-331, Sep./Oct.1999.

CAMARGO M.A.F. Incidência de cárie em crianças e adolescentes com paralisia cerebral no contexto brasileiro . Tese (Doutorado em Odontologia Social). Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo , 2009

CARVALHO,A.C.A.; CAMPOS P.S.F.; REBELLO I.C. **Síndrome de Down:** aspectos relacionados aos sistema estomatognático. **Rev. De Ciências Médicas e Biológicas**, v.9 n.1, p. 49-52, 2010

CARVALHO R.B. Saúde bucal e função motora oral de pacientes com paralisia cerebral. Dissertação (Mestrado em Política, Planejamento e Gestão em Saúde). Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2009

Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: **American Psychiatric Association**; p-39-46; 1994

ELIAS, R. **Pacientes especiais: Autismo.** OM, p.9-10, Jan./Fev., 1993.

FOURNIOL,FILHO, A .F. **Pacientes especiais e a odontologia.** São Paulo. Santos, 1998.

FREIRE A.L.S.S.F. Saúde bucal para pacientes com necessidades especiais: Análise da Implementação de uma Experiência Local. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro , março de 2011

GUEDES-PINTO, A.C. et al. **Odontopediatria**. 8ª. edição, São Paulo, ed. Santos, 2010

KUBAN, K.C.K.; LEVITON, A. Cerebral palsy. **N Eng J Med**. v.20, p.188-95, 1994.

PREVITALI E.F.; FERREIRA M.C.D.; SANTOS M.T.B.R. Perfil dos pacientes com necessidades especiais atendidos em uma instituição de ensino superior privada. **Pesquisa Brasileira Odontopediátrica clínica Integrada**, v.12, n.1, p.77-82, João Pessoa, Jan/Mar. 2012

SABBAGH-HADDAD, A.; CIAMPONI, A.L.; GUARÉ, R.O. Pacientes especiais. In: GUEDES-PINTO, A.C. **Odontopediatria**, São Paulo. Ed. Santos, 7ª. ed. 2003.

SABBAGH-HADDAD, A et al. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais**, ed. Santos, 2007.

SOARES K.A. et al. Prevalência de maloclusão em portadores de Síndrome de Down na cidade de Teresina- PI. **RGO**, Porto Alegre, v.57, n.2, p. 187-191, Abr/Jun, 2009

STABHOLZ, A. et al. Caries experience, periodontal treatment needs, salivary pH, and Streptococcus mutans counts in preadolescents Down syndrome population. **Speci Care Dentist**, v.11, p.203-8, 1991.

TADEI A.S.; MENDONÇA T.M.F.; MENDES T.M.T.V.M. Doença periodontal em pacientes com Síndrome de Down. XI ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, VII ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO [Trabalho apresentado] Universidade do Vale do Paraíba, 2007

VARELLIS, M.L.Z. **O paciente com necessidades especiais na Odontologia**. São Paulo. Santos, 2005.

## **Anexos**

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DAS ALTERAÇÕES BUCAIS PRESENTES EM CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIAS DO PAIPE-USC

**Pesquisador:** Sara Nader Marta

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 23626713.8.0000.5502

**Instituição Proponente:** Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 439.630

**Data da Relatoria:** 29/10/2013

**Apresentação do Projeto:**

O projeto busca analisar as alterações bucais presentes em crianças com deficiências matriculadas no PAIPE-USC. Para tanto será realizada uma análise retrospectiva dos registros existentes nos prontuários buscando identificar o tipo de deficiência, a presença de alterações bucais e o uso de medicamentos de rotina.

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar as alterações bucais, em pacientes com deficiência de zero a doze anos, em atendimento na clínica do PAIPE e USC.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não apresenta riscos ao paciente. O trabalho será realizado utilizando os prontuários.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa busca associar as principais deficiências, medicamentos em uso e alterações bucais registradas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta todos os termos obrigatórios devidamente assinados.

**Recomendações:**

Nada consta.

**Endereço:** Pró-Reitoria de Pesquisa e Pos-Graduação  
**Bairro:** Rua Irmã Arminda Nº 10-50 **CEP:** 17.011-160  
**UF:** SP **Município:** BAURU  
**Telefone:** (14)2107-7260 **E-mail:** prppg@usc.br

UNIVERSIDADE DO SAGRADO  
CORAÇÃO



Continuação do Parecer: 439.630

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não apresenta pendências e inadequações.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

BAURU, 29 de Outubro de 2013

---

**Assinador por:**  
**Rodrigo Ricci Vivan**  
**(Coordenador)**